## PRESCRIZIONE DI PREPARAZIONI MAGISTRALI A BASE DI CANNABIS Ricetta Non Ripetibile – RNR

Prescrittore: Cognome e nome
N° iscrizione all'ordine dei medici
Indirizzo
Telefono
Luogo e Data
Paziente:
(Indicare Cod. numerico/alfanumerico del Piano terapeutico SANIARP) (NO Cognome e nome – NO codice fiscale)
R/
Cannabis infiorescenze con elevato contenuto di THC (THC 17-26%, CBD <1%)*
Cannabis infiorescenze con medio contenuto di THC (THC 12-16%, CBD < 1%)*
Cannabis infiorescenze con contenuto simile di THC e CBD (THC 5-8%,CBD 6-12%)*
Cannabis infiorescenze con elevato contenuto di CBD (CBD 8-10% THC < 1%) *
(* L'indicazione del marchio di cannabis non è obbligatoria ma è raccomandata quando il medico voglia prescrivere una specifica varietà di una specifica provenienza.)
F.S.A.  O Una cartina/busta filtro/ damg e di tali n°cartine/buste filtro  O Estratto in(indicare il solvente di estrazione)mg/ml (infiorescenze di cannabis/solvente) di taliml
S/  Assumere n° cartina/busta filtro n°volta/e al giorno per via orale come decotto  Assumere n° busta/cartina n°volta/e al giorno per via inalatoria con apposito vaporizzatore  Assumere una quantità di estratto corrispondente amg di THC e/o di CBD n° volta/e al giorno per via orale/sublinguale  (*) il farmacista indicherà in etichetta la quantità (gocce e/o ml) di estratto da assumere in funzione del titolo di THC e/o CBD del preparato allestito.
Motivazione della prescrizione:

Timbro e firma identificabile del medico Codice Regionale del medico

• Paziente non responsivo alle terapie convenzionali